

新たな地域医療構想の策定に向けた意見交換

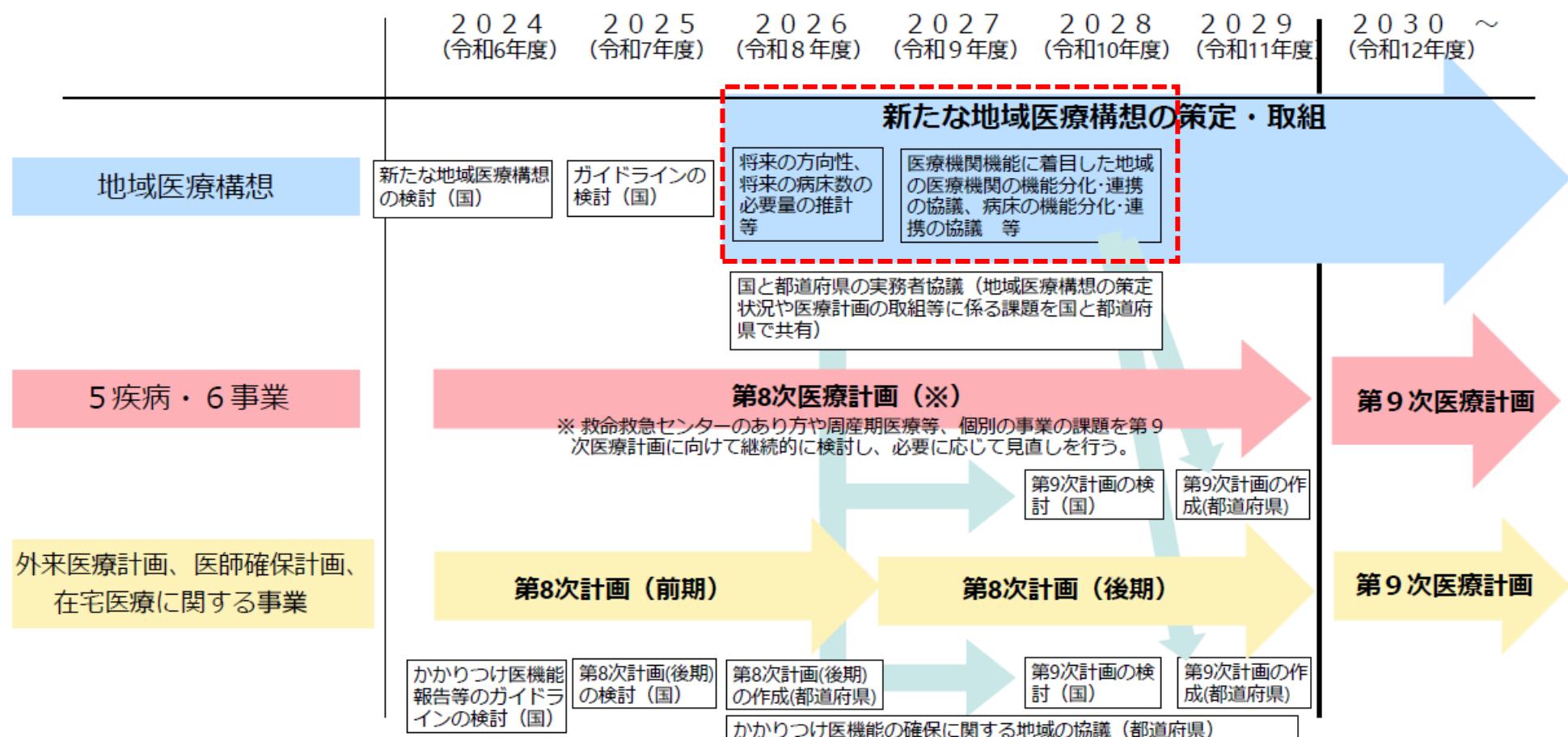
01 | 新たな地域医療構想の進め方等について

02 | 構想区域の点検・見直しについて

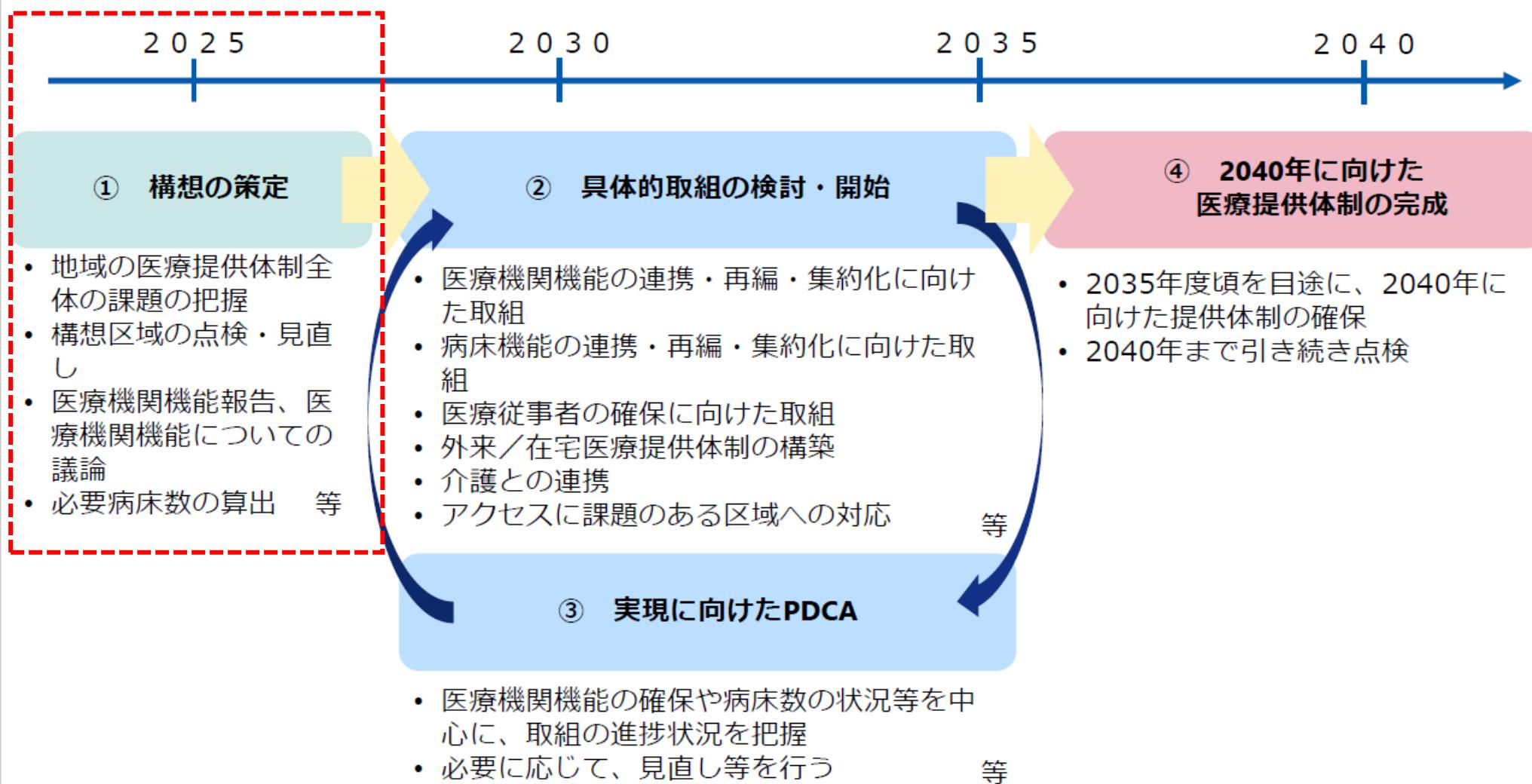
03 | 急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割等について

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



都道府県における2040年における構想の進め方（イメージ）

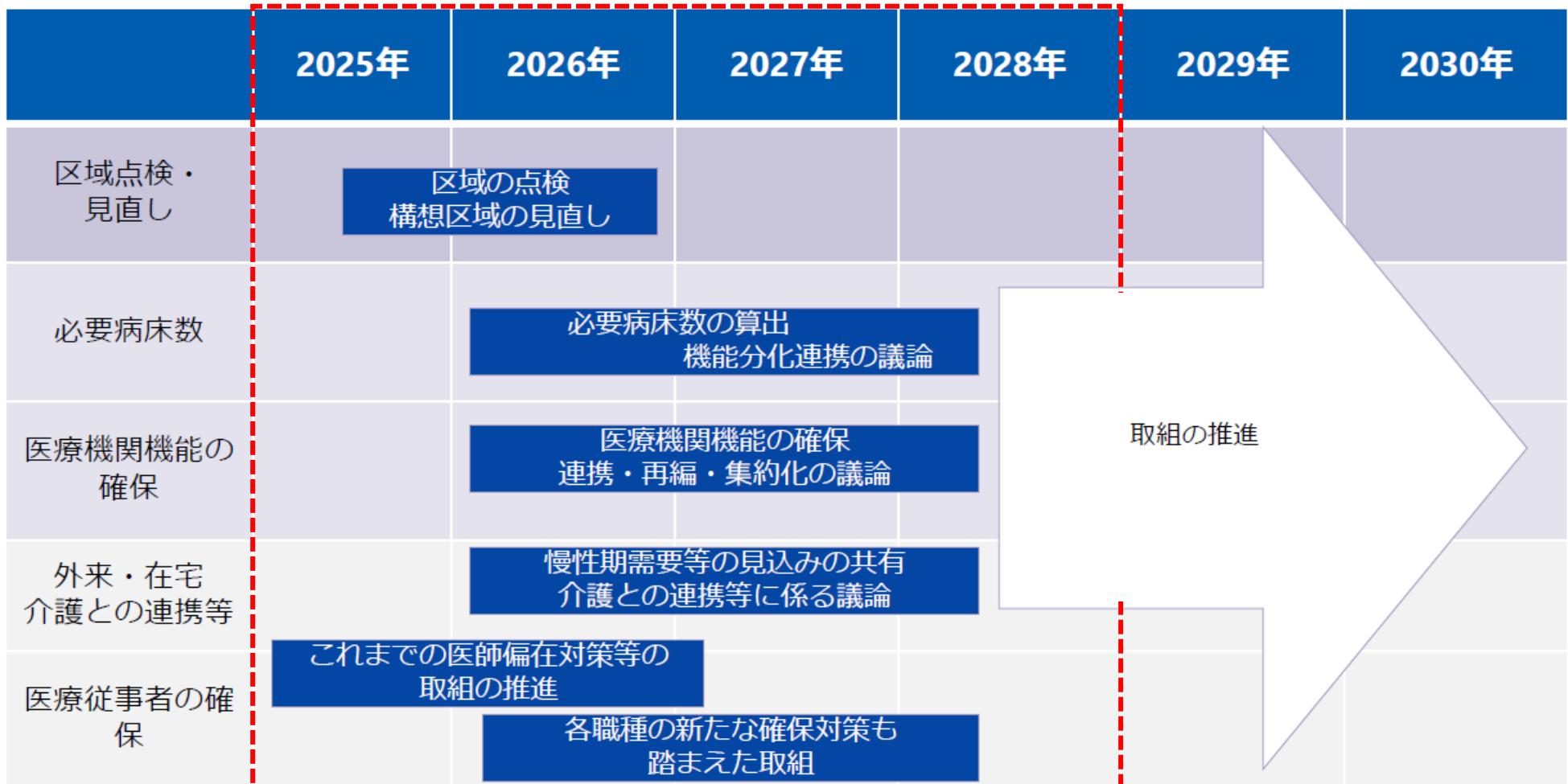


※ 医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和9年（2027年）4月1日施行とされている。

なお、改正法案の附則において、令和10年（2028年）度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。



地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供の方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進 	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供の方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtopwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進 	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のため、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流入出等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域 の 役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するための設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流入出等を踏まえて設定

人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

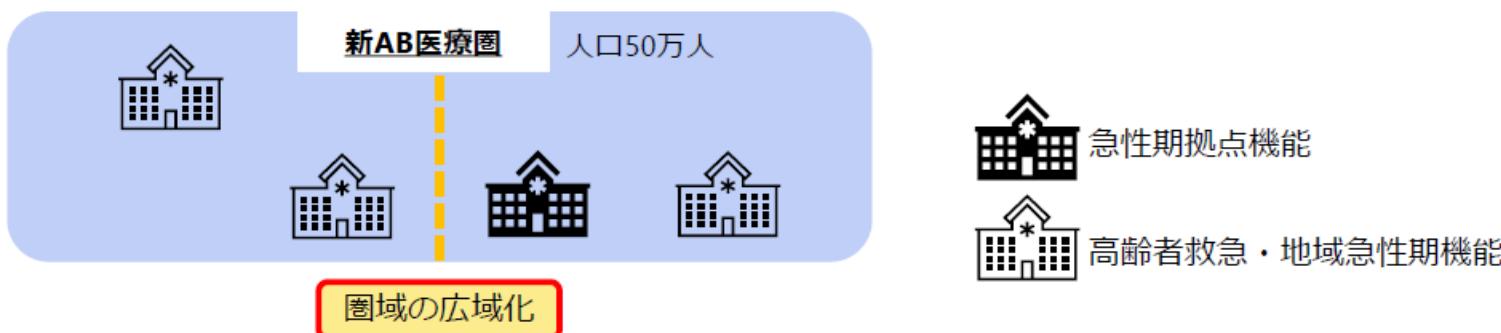
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



見直し後

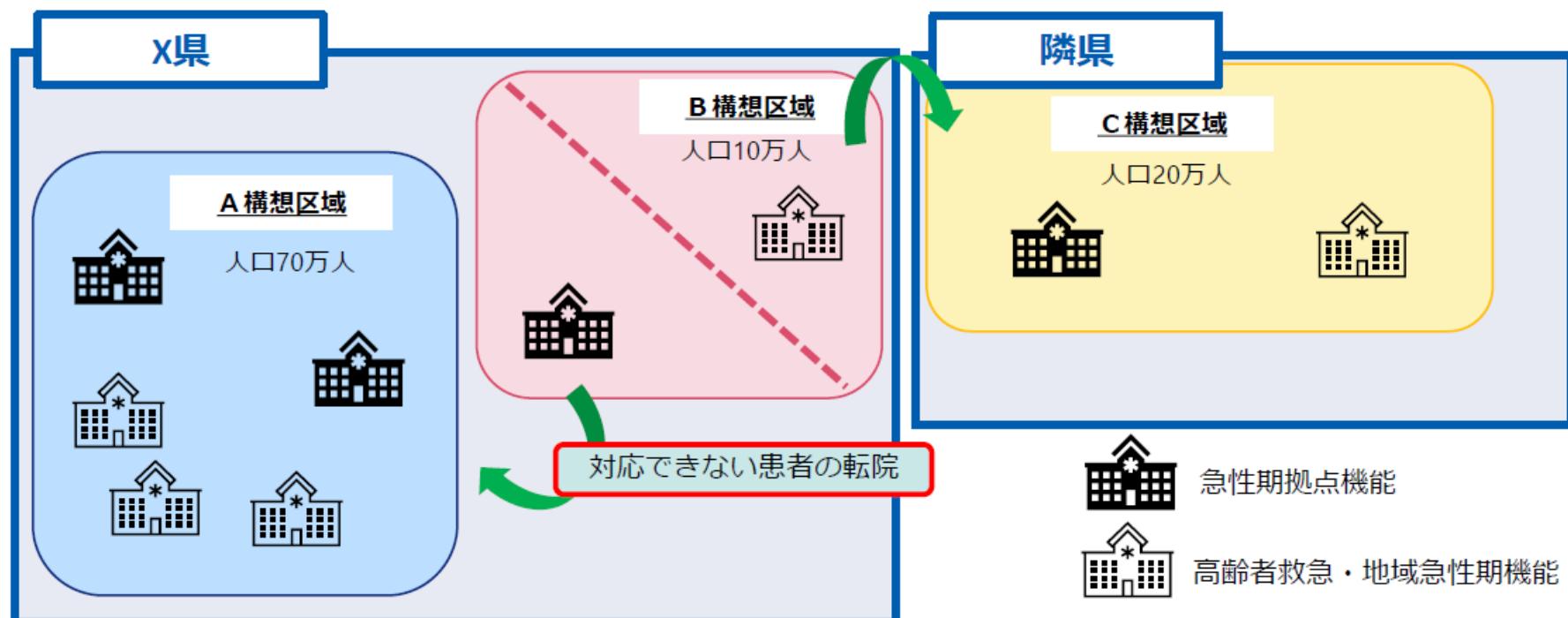
- A医療圏単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B医療圏と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約化するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A医療圏においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例②（隣接する都道府県との連携）

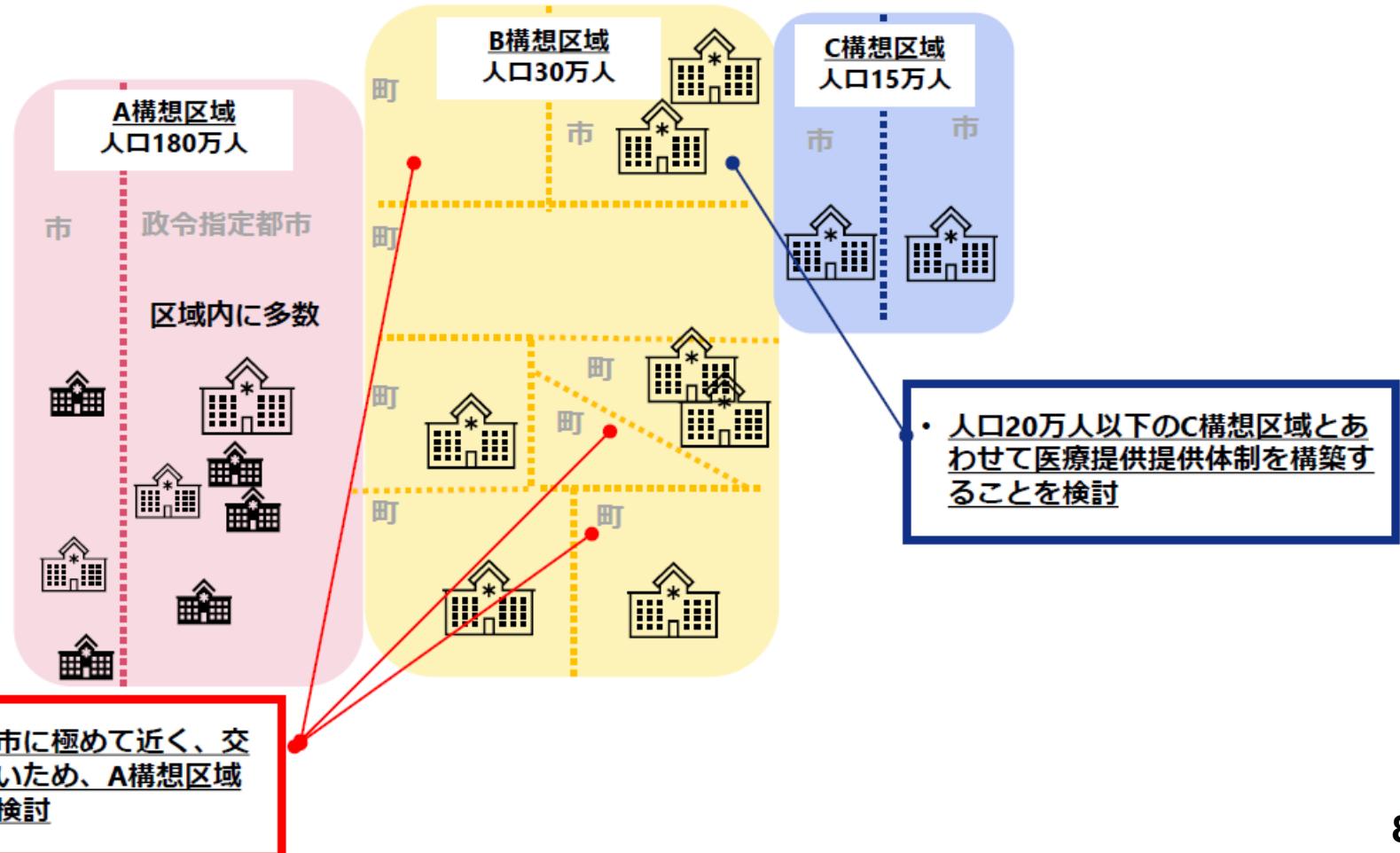
- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏においての完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの構想区域までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。構想区域の見直しにあたり、隣接する区域での対応や県をまたいだ連携・区域の設定の必要性も指摘されている。

- B構想区域からは県内のA構想区域が最寄り。B構想区域の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B構想区域で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



構想区域の見直しの例（区域の再編・合併）

- ある区域について、単に人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の合併のほか、区域の交通の状況や現に存在する急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて分割し、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。



区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	<p>【区域内の効率的な医療提供体制の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 極めて多くの医療機関が所在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等 <p>【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 ● 人口推計 ● <u>医療機関数</u> ● 医師数 ● <u>機能別病床数</u> ● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流入出の状況等） ● 個別の医療機関の医療提供実態 ● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するような急性期拠点機能を確保・維持できるか。 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要がないか。 等 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要がないか。 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下の取組についてもあわせて検討する。 ● 患者のアクセス確保の手段 ● 隣接する県の医療資源

点検のためのデータ説明

● 人口推計

県委託事業：令和6年度岐阜県地域医療構想等調整会議活性化事業報告から、現行の地域医療構想の目標年である「2025年」と新たな地域医療構想の目標年である「2040年」の数値（※）を抜粋。
(※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」による推計値)

● 医療機関数（病院、有床診療所）（令和6年7月1日時点）

令和6年度病床機能報告対象医療機関数を掲載。

● 医師数（令和6年7月1日時点）

令和6年度病床機能報告結果から算出。

常勤（実人数）と非常勤（常勤換算）を合算して算出。

● 医療機能別許可病床数（令和6年7月1日時点）

令和6年度病床機能報告結果から算出。

※「その他」には休棟中の病床と未報告の病床を含む。

点検のためのデータ (本県では構想区域を二次医療圏としているため、以下、圏域と示す)

	人口推計		医療機関数		医師数 (常勤換算)	医療機能別許可病床数				
	2025年	2040年	病院	有床診療所		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
岐阜圏域	776,818	701,293	36	53	1670.7	1509	2954	1095	1612	442
西濃圏域	341,928	288,588	11	21	454.6	298	1135	525	454	196
中濃圏域	350,830	305,051	17	16	492	350	1289	445	517	186
東濃圏域	304,718	252,972	12	9	441.2	324	1175	429	262	196
飛騨圏域	127,013	97,863	6	6	178.7	16	620	256	196	76

- 岐阜、西濃、中濃、東濃圏域の人口は2025年はすべて**30万人以上**を満たし、2040年はすべて**25万人以上**を満たすことから、厚生労働省が目安として示す**人口20～30万人以上**を満たすといえる。
- 飛騨圏域**の人口は2025年には**13万人未満**、2040年には**10万人未満**になる推計となっている。
- 厚生労働省は**人口20万人未満の地域**については、**急性期拠点機能の確保が可能かどうか**等について特に検討し、圏域を設定することとしている。

(参考)

«第8期保健医療計画策定時の見直し基準»
→以下の**3点すべて**を満たす場合に見直しを検討

○見直し基準

- **人口20万人未満**
- **流入患者割合 20%未満**
- **流出患者割合 20%以上**



本県の二次医療圏は、いずれも当該基準に該当しない

●二次医療圏ごとの人口及び流入流出状況

	人口 (人)	推計流入患者割合 (%)	推計流出患者割合 (%)
岐阜圏域	794,063	16.9	11.4
西濃圏域	354,590	17.3	21.1
中濃圏域	364,534	12.6	22.8
東濃圏域	318,302	8.3	29.3
飛騨圏域	136,373	5.7	17.9
合 計	1,967,862	14.2	18.6
出 典	住民基本台帳人口(2023)	令和5年患者調査	

※最新のデータに時点修正

《飛騨圏域の地理的アクセスについて》

飛騨圏域の各市村（高山市、飛騨市、下呂市、白川村）の本庁舎の位置を基準とし、飛騨医療圏外で最も近い三次救急医療機関との距離を示す。

（参考）富山県三次救急医療機関

- ・富山県立中央病院
- ・厚生連高岡病院

白川村

⇒富山県（厚生連高岡病院）
約63km（約1時間）
〔⇒高山赤十字病院〕
約50km（約50分）

高山市

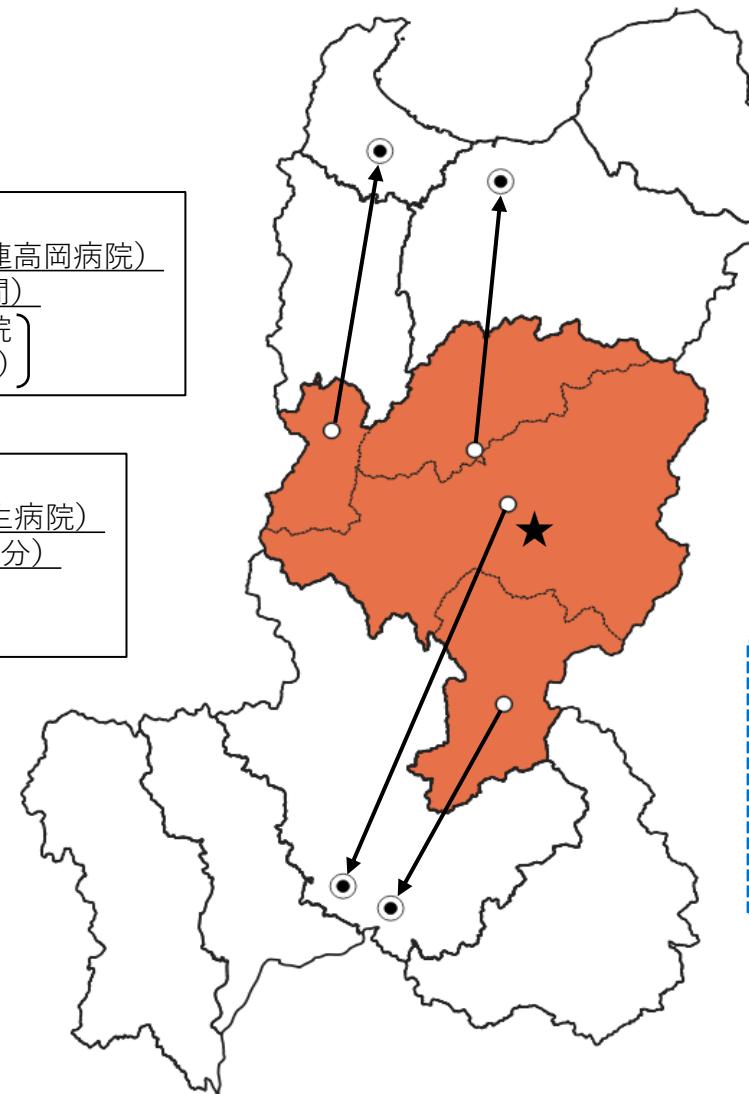
⇒中濃圏域（中濃厚生病院）
約111km（約1時間30分）
〔⇒高山赤十字病院〕
約1.3km（約6分）

飛騨市

⇒富山県（富山県立中央病院）
約68km（約1時間30分）
〔⇒高山赤十字病院〕
約17km（約30分）

下呂市

⇒中濃圏域（中部国際医療センター）
約67km（約1時間20分）
〔⇒高山赤十字病院〕
約48km（約1時間）



★飛騨圏域唯一の三次救急医療機関である高山赤十字病院までは、各市村から約1時間以内で移動できる距離であるが、飛騨圏域外の三次救急医療機関となると、各市村からの距離がさらに遠くなり移動に1時間以上を要することがわかる

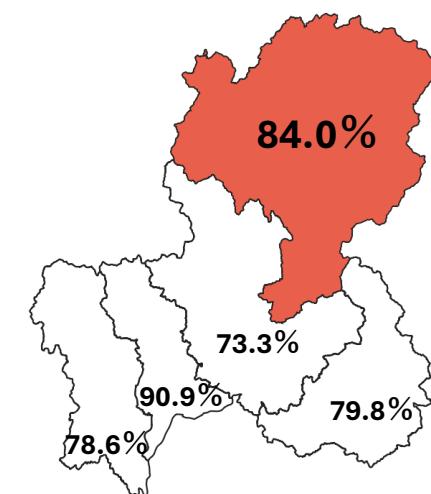
患者受療状況・岐阜県+愛知県 全体

●患者住所地／施設 二次医療圏別受療件数

*1

施設二次医療圏 患者二次医療圏	2101 岐阜	2102 西濃	2103 中濃	2104 東濃	2105 飛騨	流出患者率	名古屋・ 尾張中部	海部・ 尾張東・ 西・北部	知多・ 西三河	東三河
2101岐阜	78,524	2,550	1,128	39	35	4.6%	1,341	2,536	185	19
2102西濃	6,015	27,501	42	11	9	18.1%	774	567	74	2
2103中濃	5,971	88	29,816	2,224	164	22.1%	1,134	1,199	79	9
2104東濃	384	34	812	28,034	145	4.7%	2,885	2,639	210	5
2105飛騨	1,183	102	649	26	12,862	13.2%	327	130	38	1
愛知県	2,391	273	516	426	112					
岐阜・愛知県外	798	380	308	562	170					
流入患者率	17.6%	11.1%	10.4%	10.5%	4.7%					

二次医療圏別受療比率から、飛騨圏域の患者の約84%は圏域内で受療していることがわかる



他の圏域でも約70%以上は圏域内で受療している



●患者住所地／施設 二次医療圏別受療比率

施設二次医療圏 患者二次医療圏	2101 岐阜	2102 西濃	2103 中濃	2104 東濃	2105 飛騨	名古屋・ 尾張中部	海部・ 尾張東・ 西・北部	知多・ 西三河	東三河	岐阜・愛知 合計
2101岐阜	90.9%	3.0%	1.3%	0.0%	0.0%	1.6%	2.9%	0.2%	0.0%	100%
2102西濃	17.2%	78.6%	0.1%	0.0%	0.0%	2.2%	1.6%	0.2%	0.0%	100%
2103中濃	14.7%	0.2%	73.3%	5.5%	0.4%	2.8%	2.9%	0.2%	0.0%	100%
2104東濃	1.1%	0.1%	2.3%	79.8%	0.4%	8.2%	7.5%	0.6%	0.0%	100%
2105飛騨	7.7%	0.7%	4.2%	0.2%	84.0%	2.1%	0.8%	0.2%	0.0%	100%
愛知県	0.3%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%					
岐阜・愛知県外	4.0%	1.9%	1.5%	2.8%	0.8%					

*1 愛知県の二次医療圏については、各圏域を次の4領域にまとめている

名古屋・ 尾張中部	海部	尾張 東部	尾張 西部	尾張 北部	知多 半島	西三河 北部	西三河 南部西	西三河 南部東	東三河 北部	東三河 南部

出典：令和6年度岐阜県地域医療構想等調整会議活性化事業報告

地理的アクセスの観点と現在の飛騨圏域の受療比率の観点から、現行どおり、単独の圏域とする必要があるのではないか

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|--|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |
- ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- | | |
|------------|---|
| 医育及び広域診療機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。 |
|------------|---|

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1～2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目指すこととしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目指して、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保

病床機能について（案）

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、<u>骨折の手術など</u>、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

各圏域の急性期拠点機能を担う医療機関数について

目安：人口20万人～30万人毎に1拠点を確保

(厚生労働省が示す、区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）に基づくもの)

	人口推計		医療機関数（想定）
	2025年	2040年	
岐阜圏域	776,818	701,293	→ 4
西濃圏域	341,928	288,588	→ 1
中濃圏域	350,830	305,051	→ 2
東濃圏域	304,718	252,972	→ 1
飛騨圏域	127,013	97,863	→ 1

【考慮すべき特殊事情】

《中濃圏域》

地理的観点から、圏域内でも長良川流域と木曽川流域に地域を分けて検討することで議論が深まるのではないか

（次スライド参照）

（参考）

仮に各圏域の人口を目安の最低値である20万人で割った場合

岐阜圏域...約3.5

西濃圏域...約1.4

中濃圏域...約1.5

東濃圏域...約1.3

飛騨圏域...約0.5

※いずれも小数点第2位を四捨五入。

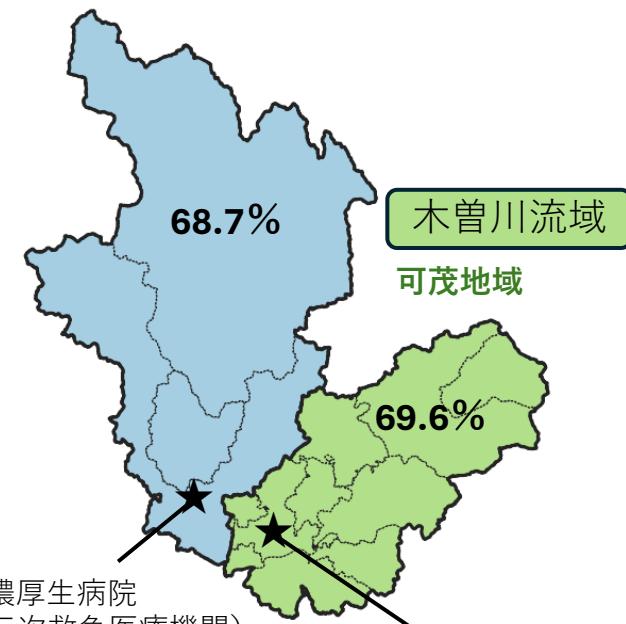
【中濃】全疾患

施設二次医療圏 患者二次医療圏	2101 岐阜	2102 西濃	2103 中濃	関市・ 美濃市・ 郡上市	可茂地区	2104 東濃	2105 飛騨	流出患者率 (岐阜県のみ)	名古屋・ 尾張中部	海部・ 尾張東・ 西・北部	知多・ 西三河	東三河
2101岐阜	78,524	2,550	1,128	496	632	39	35	4.6%	1,341	2,536	185	19
2102西濃	6,015	27,501	42	23	19	11	9	18.1%	774	567	74	2
2103中濃	5,971	88	29,816	13,324	16,492	2,224	164	22.1%	1,134	1,199	79	9
関市・美濃市・郡上市	4,426	53	12,950	12,306	644	28	44	29.7%	241	168	12	3
可茂地区	1,545	35	16,866	1,018	15,848	2,196	120	23.7%	893	1,031	67	6
2104東濃	384	34	812	33	779	28,034	145	4.7%	2,885	2,639	210	5
2105飛騨	1,183	102	649	138	511	26	12,862	13.2%	327	130	38	1
愛知県	2,391	273	516	137	379	426	112					
岐阜・愛知県外および不明	798	380	308	128	180	562	170					
流入患者率	17.6%	11.1%	10.4%	13.8%	16.6%	10.5%	4.7%					

施設二次医療圏 患者二次医療圏	2101 岐阜	2102 西濃	2103 中濃	関市・ 美濃市・ 郡上市	可茂地区	2104 東濃	2105 飛騨	名古屋・ 尾張中部	海部・ 尾張東・ 西・北部	知多・ 西三河	東三河	流出患者率 (岐阜・愛知)
2101岐阜	90.9%	3.0%	1.3%	0.6%	0.7%	0.0%	0.0%	1.6%	2.9%	0.2%	0.0%	9.1%
2102西濃	17.2%	78.6%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	2.2%	1.6%	0.2%	0.0%	21.4%
2103中濃	14.7%	0.2%	73.3%	-	-	5.5%	0.4%	2.8%	2.9%	0.2%	0.0%	26.7%
関市・美濃市・郡上市	24.7%	0.3%	-	68.7%	3.6%	0.2%	0.2%	1.3%	0.9%	0.1%	0.0%	31.3%
可茂地区	6.8%	0.2%	-	4.5%	69.6%	9.6%	0.5%	3.9%	4.5%	0.3%	0.0%	30.4%
2104東濃	1.1%	0.1%	2.3%	0.1%	2.2%	79.8%	0.4%	8.2%	7.5%	0.6%	0.0%	20.2%
2105飛騨	7.7%	0.7%	4.2%	0.9%	3.3%	0.2%	84.0%	2.1%	0.8%	0.2%	0.0%	16.0%
愛知県	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%					
岐阜・愛知県外および不明	4.0%	1.9%	1.5%	0.6%	0.9%	2.8%	0.8%					

長良川流域

関・美濃・郡上地域



中濃厚生病院
(三次救急医療機関)

中部国際医療センター
(三次救急医療機関)

どちらの地域も約70%の患者はそれぞれの地域内で受療している

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下の中のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科

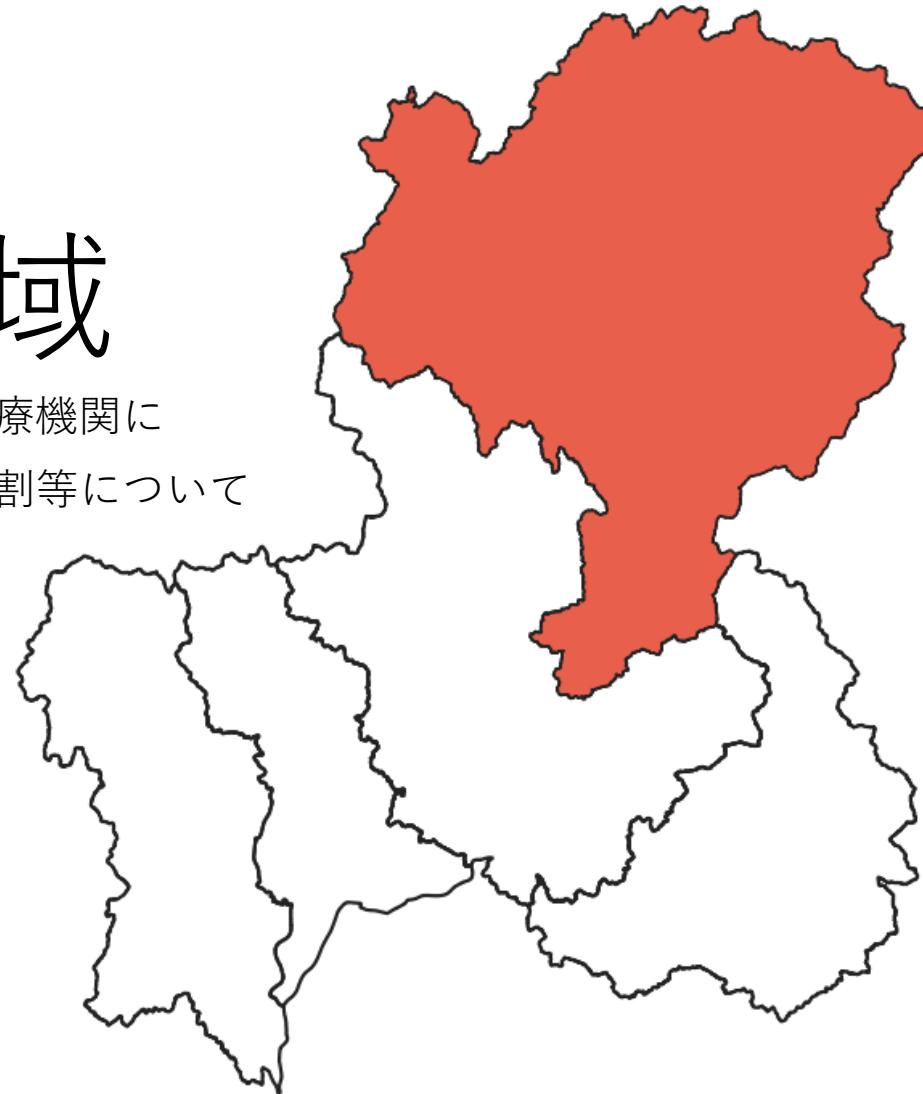
協議のためのデータ説明

対象医療機関：200床以上の病院（令和7年12月までに廃院した医療機関、有床診療所は対象外）

- 救急車受け入れ件数（令和5年4月1日～令和6年3月31日の1年間）
令和6年度病床機能報告結果を掲載。
- 各診療領域の全身麻酔手術件数（令和5年4月1日～令和6年3月31日の1年間）
令和6年度病床機能報告より「全身麻酔の手術総数算定回数」を掲載。
※診療領域ごとのデータなし。
- 医療機関の医師等の医療従事者数（令和6年7月1日時点）
令和6年度病床機能報告結果から算出。
※常勤（実人数）と非常勤（常勤換算）を合算して算出。
- 急性期を担う病床数（令和6年7月1日時点）
令和6年度病床機能報告の「医療機能別許可病床数」のうち、「高度急性期機能」と「急性期機能」の病床を合算して算出。
- その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）（令和6年7月1日時点）
歯科医師数、薬剤師数、看護師数について、令和6年度病床機能報告結果から算出。
※常勤（実人数）と非常勤（常勤換算）を合算して算出。

飛騨単圏域

急性期拠点機能を担う医療機関に
求められる役割等について



《協議のためのデータ一覧》

医療機関施設名【名簿】	許可病床数	救急車の受入件数 (1年間)	全身麻酔の手術総数算定回	医師数		医療機能別許可病床数					歯科医師数		薬剤師数		看護師数	
				常勤	非常勤	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
高山赤十字病院	394	3851	1312	79	6.6	16	257	93	0	28	1	0	19	0.9	308	27.5
久美愛厚生病院	300	1749	532	30	7.1	0	194	49	57	0	0	0	8	0	243	6.1
岐阜県立下呂温泉病院	206	1113	144	27	0.6	0	66	64	38	38	2	0	9	0	158	17.7
飛騨市民病院	81	348	0	7	1.6	0	54	0	27	0	0	0	2	0	40	5.2
下呂市立金山病院	99	218	8	5	1.7	0	0	50	49	0	1	0.4	1	1	27	11.2
古川病院	20	0	0	3	1.8	0	0	0	20	0	0	0	1	0	16	1.8

出典：令和6年度病床・外来機能報告結果

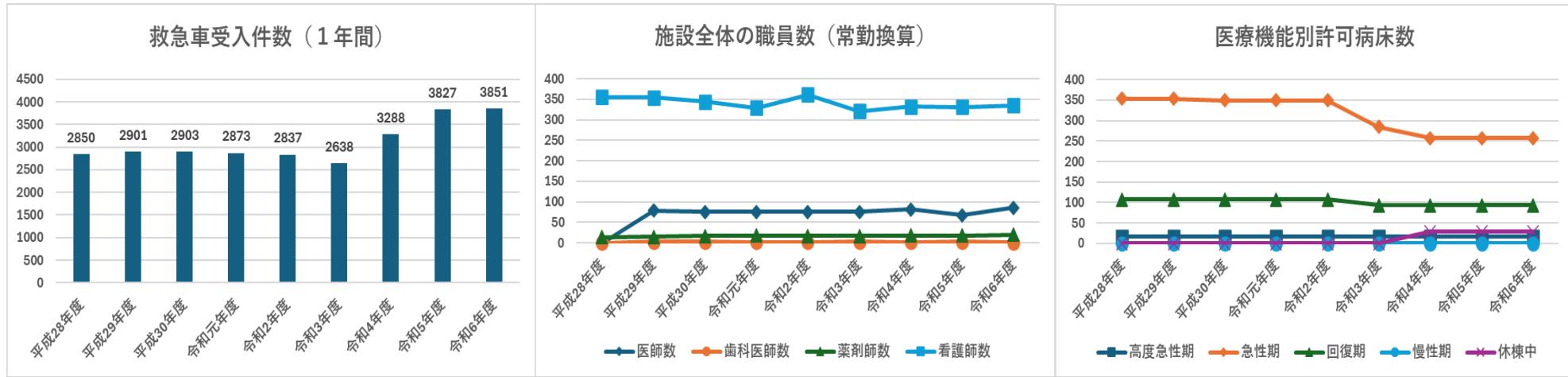
現在飛騨圏域では、「飛騨地域医療連携協議会」を設立し、高山赤十字病院と久美愛厚生病院の2病院のあり方を中心とした議論を行っている

現行の地域医療構想策定時（平成28年7月）からの推移

高山赤十字病院

※調査項目としてないもしくは集計方法が異なるセル

	許可病床数	救急車の受入件数（1年間）	全身麻酔の手術総数算定回数	医師数		歯科医師数		薬剤師数		看護師数		医療機能別許可病床数								
				常勤換算		常勤換算		常勤換算		常勤換算		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中				
				常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤換算	常勤換算	常勤換算	常勤換算	常勤換算				
平成28年度	476	2850	(132)	—	—	—	—	—	14	0	14	318	37.8	355.8	16	353	107	0	0	
平成29年度	476	2901	(128)	76	2.8	78.8	3	0	3	15	0	15	319	35.4	354.4	16	353	107	0	0
平成30年度	472	2903	(139)	71	4.7	75.7	3	0	3	17	0	17	315	29.4	344.4	16	349	107	0	0
令和元年度	472	2873	(137)	73	3	76	2	0	2	17	0.6	17.6	305	24.1	329.1	16	349	107	0	0
令和2年度	472	2837	—	73	3	76	2	0	2	16	0.6	16.6	337	25	362	16	349	107	0	0
令和3年度	394	2638	1247	72	3.6	75.6	3	0	3	16	0.7	16.7	292	29	321	16	285	93	0	0
令和4年度	394	3288	1334	78	3.7	81.7	2	0	2	17	0.9	17.9	308	23.7	331.7	16	257	93	0	28
令和5年度	394	3827	1169	67	0	67	3	0	3	17	0.9	17.9	304	27.1	331.1	16	257	93	0	28
令和6年度	394	3851	1312	79	6.6	85.6	1	0	1	19	0.9	19.9	308	27.5	335.5	16	257	93	0	28

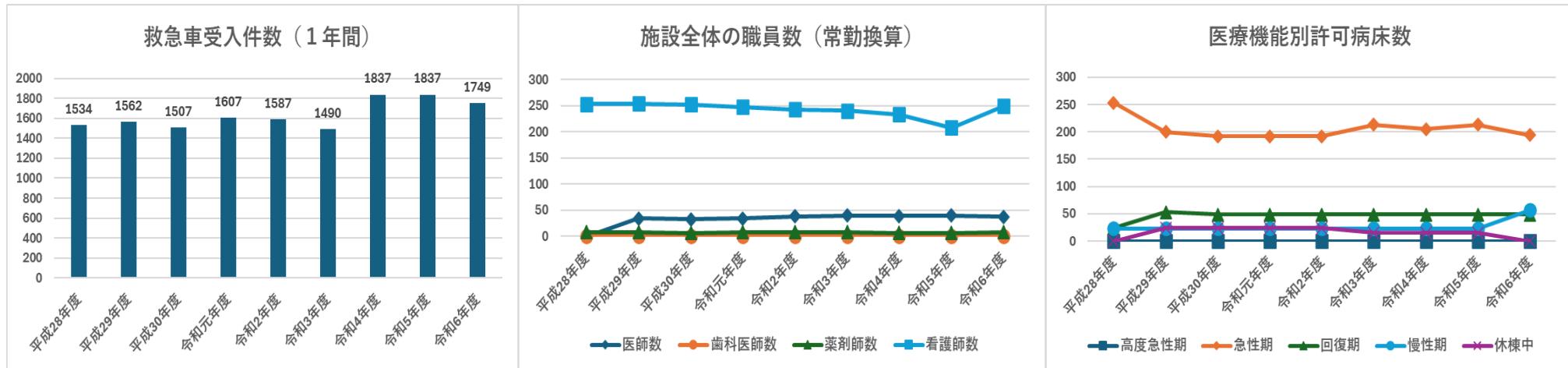


出典：病床・外来機能報告（平成28年度～令和6年度）

久美愛厚生病院

※調査項目としてないもしくは集計方法が異なるセル

	許可病床数	救急車の受入件数(1年間)	全身麻酔の手術総数 算定回数	医師数		歯科医師数		薬剤師数		看護師数		医療機能別許可病床数								
				常勤換算		常勤	非常勤	常勤換算		常勤換算	常勤	非常勤	常勤換算	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中		
平成28年度	300	1534	(24)	—	—	—	—	—	—	8	0	8	241	12.2	253.2	0	253	24	23	0
平成29年度	300	1562	(22)	30	3.8	33.8	0	0	0	8	0	8	241	12.4	253.4	0	200	53	23	24
平成30年度	288	1507	(45)	28	4.3	32.3	0	0	0	7	0	7	239	12.9	251.9	0	192	49	23	24
令和元年度	288	1607	(39)	29	5.3	34.3	0	0	0	8	0	8	233	14.6	247.6	0	192	49	23	24
令和2年度	288	1587	—	33	5	38	0	0	0	8	0	8	231	11.3	242.3	0	192	49	23	24
令和3年度	300	1490	468	34	5.4	39.4	0	0	0	8	0	8	228	12	240	0	213	49	23	15
令和4年度	292	1837	460	37	1.8	38.8	0	0	0	7	0	7	221	11.9	232.9	0	205	49	23	15
令和5年度	300	1837	515	35	5	40	0	0	0	7	0	7	200	7.8	207.8	0	213	49	23	15
令和6年度	300	1749	532	30	7.1	37.1	0	0	0	8	0	8	243	6.1	249.1	0	194	49	57	0



出典：病床・外来機能報告（平成28年度～令和6年度）

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

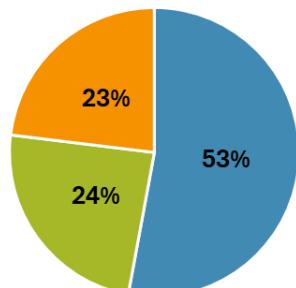
- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

概要	考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	<p>災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う病院を確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	<p>新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保</p> <p>都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。</p>
臨床研修及び専門研修の実施	<p>基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医育を実施</p> <p>例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。</p>
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	<p>今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する</p> <p>今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。</p>
地域の医療機関への人的協力	<p>地域の医療機関への診療体制確保のための協力を実施。</p> <p>大学病院本院は、急性期拠点への協力をうととともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。</p>

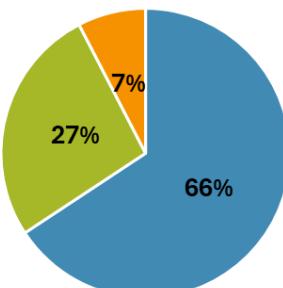
※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

飛騨圏域における高山赤十字病院と久美愛厚生病院が圏域全体（病院のみ）に占める割合

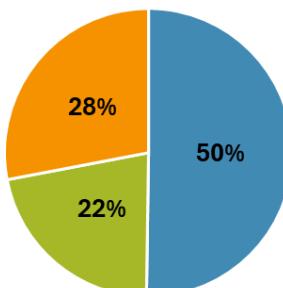
救急車受入件数（1年間）



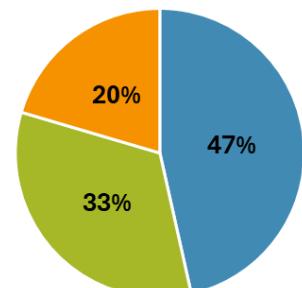
全身麻酔の手術総数算定回数



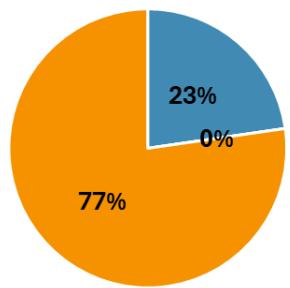
医師数（常勤換算）



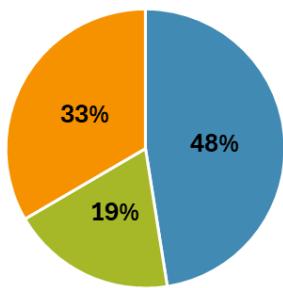
高度急性期+急性期病床



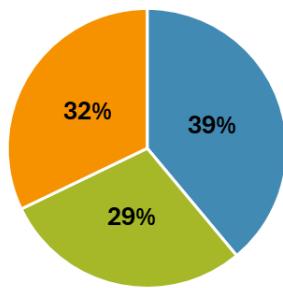
歯科医師数（常勤換算）



薬剤師数（常勤換算）



看護師数（常勤換算）

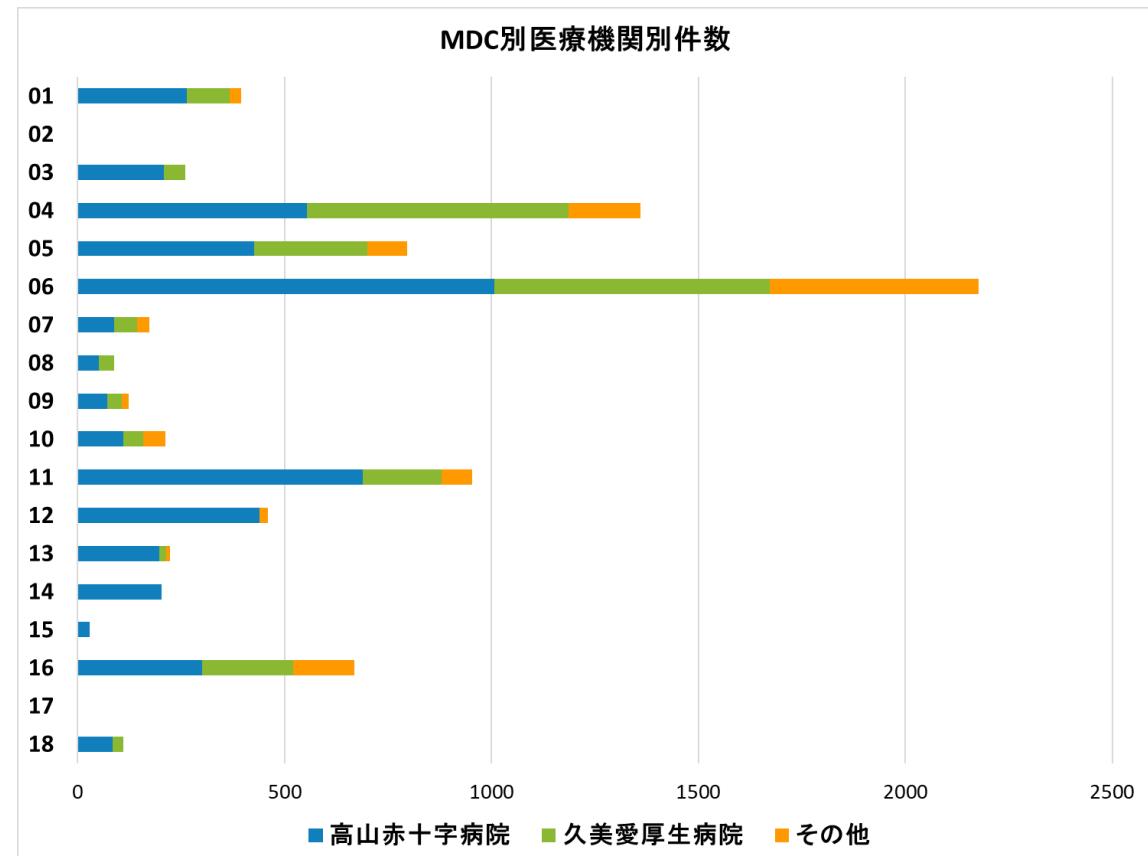


飛騨圏域で占めるMDC別医療機関別件数について

○MDC (Major Diagnostic Category)

WHOが制定しているICD-10分類「疾病及び関連保健問題の国際統計分類
第10回修正」に基づく18の主要診断群

MDCコード	MDC (主要診断群) 名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患



出典：令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

高山赤十字病院と久美愛厚生病院が圏域全体に占める割合について、現状を踏まえ意見交換

今後の進め方について（案）

■国における検討の中で示されている検討事項等について、次回以降、順次議論を進めていく。
(具体的な内容は、本年度中に示される予定の国ガイドラインを踏まえて調整)。

＜今後の主な検討事項等＞

- 新構想策定に係るスケジュール等
- 地域ごとの医療機関機能の確保（連携・再編・集約化）
 - ・高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関について
⇒急性期拠点機能を担う医療機関以外で、現に重症度の高い急性期医療を行っている医療機関について、主に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と整理してよいか。
(地域の実情等に応じて、急性期拠点を補完する一部の急性期機能を担う必要がないか。)
⇒地域によっては、急性期拠点が高齢者救急・地域急性期機能を持つことも考えられる。

＜参考＞現構想において急性期に関する記載のある病院（診療所化した病院等を除く）

- 【岐阜圏域】岐阜大学医学部附属病院、県総合医療センター、岐阜市民病院、松波総合病院、岐阜赤十字病院、長良医療センター、朝日大学病院、岐阜ハートセンター、羽島市民病院 東海中央病院、岐北厚生病院 等
- 【西濃圏域】大垣市民病院、大垣徳洲会病院、海津市医師会病院、西濃厚生病院（西美濃厚生、揖斐厚生）、博愛会病院 等
- 【中濃圏域】中部国際医療センター、中濃厚生病院、郡上市民病院、市立美濃病院、可児とうのう病院、鷺見病院 等
- 【東濃圏域】県立多治見病院、多治見市民病院、東濃中部医療センター（土岐総合、東濃厚生）、市立恵那病院、中津川市民病院、上矢作病院 等
- 【飛騨圏域】高山赤十字病院、久美愛厚生病院、県立下呂温泉病院、市立金山病院、飛騨市民病院 等

- ・在宅医療等連携機能、専門等機能を担う医療機関について
- 広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療機能）
- 必要病床数の算出
- 外来・在宅、介護との連携等
- 医療従事者の確保